

a cura del Prof. Mario Silla

## METASTASI OSSEA DA CARCINOMA SIMULANTE UN ASCESSO ODONTOGENO

Dott. P. DEBERTOLIS

### Riassunto

L'autore prende in esame gli aspetti eziopatogenetici e clinici delle metastasi ossee ai mascellari. Viene, inoltre, trattato un caso particolarmente significativo. Una diagnosi precoce, anche se non risolutiva del tumore, permette di risparmiare notevoli pene al malato e consente l'attuazione di una terapia mirata.

**L**o scheletro è la più comune sede di metastasi e nell'osso le lesioni secondarie sono più comuni degli stessi tumori primitivi.

Nei mascellari la situazione non è così drammatica, ed alcuni autori assommano a non più dell'1% di tutti i tumori maligni presenti nel cavo orale la percentuale legata a metastasi in questa sede.

Il processo di diffusione tumorale sembra prediligere le ossa più ricche di midollo osseo rosso. Il midollo contiene, infatti, diversi fattori chemiotattici (peptidi) per le cellule tumorali, che ne aumentano l'iperaderenza, e ne facilitano la migrazione diretta attraverso l'endotelio vasale. Inoltre, la stessa struttura vascolare della rete capillare, molto fitta, rende più facile l'impianto neoplastico.

Nei giovani il midollo osseo è

Istituto di Clinica Odontoiatrica  
e Stomatologica  
dell'Università degli Studi  
di Trieste  
Scuola di Specializzazione in  
Odontostomatologia  
(Direttore: prof. Mario Silla)  
Corso di Laurea in Odontoiatria  
e Protesi Dentaria  
(Presidente: prof. Mario Silla)

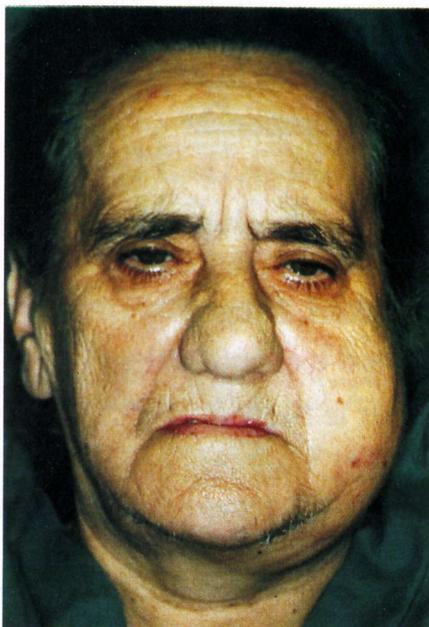


Fig. 1 - Metastasi mandibolare da carcinoma tiroideo. Aspetto obiettivo della paziente.

presente in ogni parte dello scheletro, ma con l'aumentare dell'età è sostituito da tessuto adiposo (midollo giallo), con l'eccezione del cranio, sterno, costole, clavicole, vertebre, segmenti prossimali degli arti. Queste sono anche le zone dove si localizzano di preferenza le metastasi ossee.

Poiché nei mascellari, con gli anni, il midollo giallo va progressivamente sostituendo il midollo rosso, si spiegherebbe la rarità delle metastasi in questa sede.

Tutti i carcinomi possono determinare metastasi ossee seguendo la consueta sequenza: fegato-midollo osseo-polmone, ma solo alcuni tipi di carcinoma presentano un particolare tropismo per l'osso. Questi sono: il cancro del seno, della tiroide, della prostata.

Questo tipo di invasione metastatica sembra determinata non solo da un fattore meccanico, come già detto, ma da una particolare sensibilità di certi tipi di carcinomi al tessuto del midollo. Questo dato deve essere da guida nella ricerca anamnestica e clinica del tumore primitivo. Infatti, in un terzo dei casi la localizzazione nel cavo orale della metastasi, precede la comparsa sul piano clinico del tumore primitivo.

La principale via di accesso della metastasi nell'osso è rappresentata dalla corrente sanguigna (visto che il midollo non possiede un

sistema linfatico) secondo due modalità: o dopo aver invaso il sistema linfatico locoregionale, linfoghiandola dopo linfoghiandola, per poi essere immesso nel torrente circolatorio, o dopo aver eroso piccoli vasi venosi a parete sottile, ed immesso nel flusso retrogrado piccoli emboli e neoplastici. È difficile che venga invasa un'arteria che presenta una parete robusta, resistente alla penetrazione del tumore.

Per le ossa mascellari va considerata anche una trasmissione per contiguità nel caso di carcinomi della faringe.

Per quanto concerne i fattori patogenetici che influenzano la diffusione metastatica, ricordiamo le classiche ricerche di Willis, che segnala una ridotta adesività reciproca tra le cellule tumorali, e la possibilità stessa di fagocitare le cellule sane contigue con movimenti ameboidi. Va citato inoltre il rapporto diretto tra dimensioni del tumore e possibilità di metastasi (Van Dongen). Roberts evidenzia, inoltre, che se non vi è presenza di cellule tumorali in circolo strumentalmente rilevabile, quando il tumore è lasciato in sede, manovre di palpazione sul carcinoma primitivo (carcinoma ovarico) possono aumentare la quantità di cellule tumorali nel sangue a 40 cellule per millilitro, e la sua rimozione chirurgica provoca l'innalzamento dello stesso valore a 120.

La localizzazione delle metastasi è prevalentemente a carico della mandibola, ed è di tipo osteolitico, tranne alcuni casi di carcinoma scirroso della mammella e del cancro alla prostata.

Da recenti ricerche di Cramer si evidenzerebbe un rilascio di fattori chemiotattici da parte delle cellule tumorali che stimolano il riassorbimento osseo. Si tratta probabilmente di prostaglandine che attivano gli osteoclasti. Ma in fase più avanzata si ha la scomparsa di questi ultimi, e le cellule tumorali attaccano direttamente il tessuto osseo rimanente con sostanze decalcificanti. Questo studio viene tuttora approfondito per la possibilità farmacologica di inibire la produ-

zione di prostaglandine, e quindi inibire l'azione osteolitica delle metastasi.

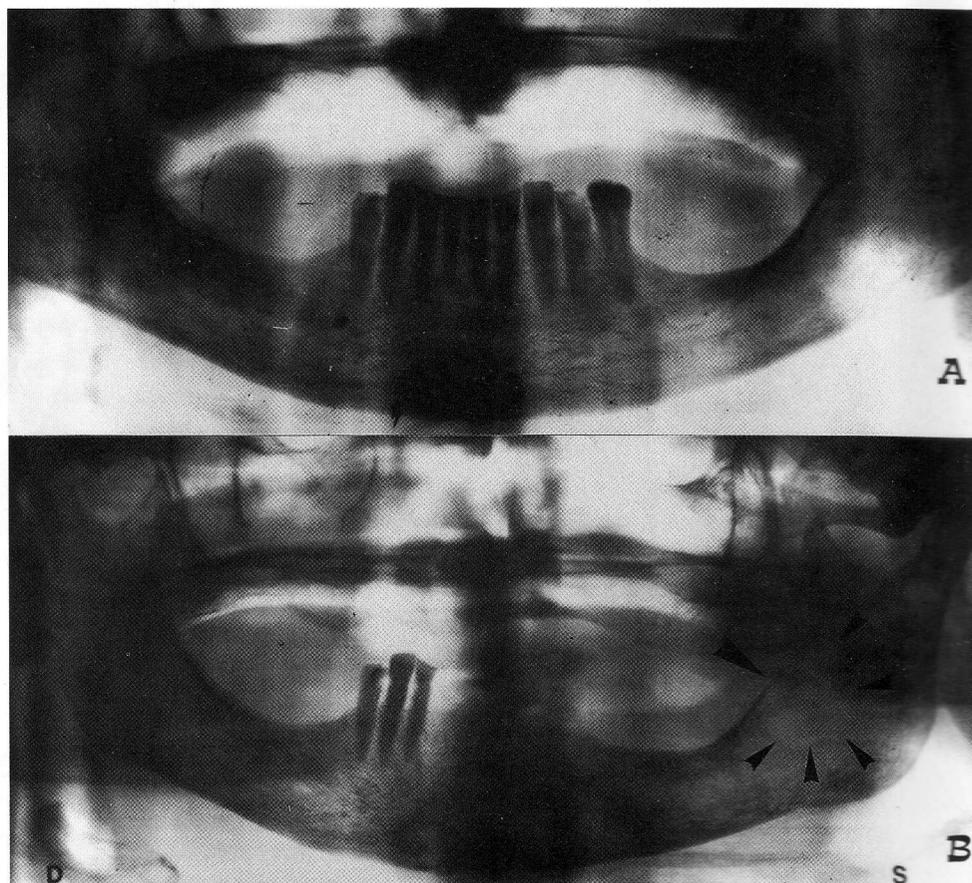
Vi sono numerosi sintomi che vanno tenuti presenti nella diagnosi differenziale con un comune ascesso odontogeno. Soprattutto perché negli ultimi anni si è assistito ad un ulteriore incremento dell'incidenza di lesioni secondarie nel distretto maxillo-facciale, per l'aumento generale nella sopravvivenza di pazienti portatori di tumori primitivi.

Bisogna notare che il periostio funge da barriera nei confronti della diffusione locale e della piogenicità del tumore. Se viene superato, è facile la comparsa di una sintomatologia eclatante ed uno svilup-

po orale della neoplasia. Si può avere essenzialmente: tumefazione, dolore, febbre, perdita di elementi dentari, trisma, linfadenopatia, parestesie. Il tutto legato al problema meccanico, ma anche alla sovrapposizione di germi della cavità orale.

È tipico, dopo un'estrazione dentaria, che la sintomatologia non vada in regressione e se vi è una momentanea remissione, si assiste precocemente ad una recrudescenza dei sintomi.

È sufficiente una comune radiografia panoramica, prima dell'estrazione, per evitare questo ritardo di diagnosi. Un'immagine di trasparenza sospetta, magari in zona lontana dagli elementi dentari, od



**Fig. 2 - Ortopantomografia eseguita 8 anni prima della nostra osservazione (A), ed al momento del ricovero (B). Si pone in evidenza l'interruzione della lamina corticale ed i limiti della radiotrasparenza.**

un'interruzione della corticale, impongono l'esecuzione di esami strumentali più approfonditi (ecografia epatica, rx standard del torace, scintigrafia ossea, in prima istanza, poi eventualmente mammografia, scintigrafia tiroidea ecc.) nei distretti più sospetti, allo scopo di sviluppare una mappa della diffusio-

## CASISTICA CLINICA

ne tumorale. Solo in seconda istanza, per le regioni anatomiche interessate, va eseguito uno studio più mirato.

In un lavoro di Kaugars viene esaminata la relazione tra trauma dentale, solitamente un'estrazione,

tarie, esacerbato dalla masticazione, a partenza dall'emimandibola sinistra.

Recatasi dal proprio odontoiatra veniva eseguita un'estrazione dentaria con parziale risoluzione della sintomatologia, ma pronta ripresa del quadro clinico dopo alcuni giorni. Dopo l'esecuzione di un'altra estrazione, la sintomatologia divenne imponente con la com-

del ricovero aveva già evidenziato l'osteite neoplastica (fig. 1). Gli ulteriori esami strumentali rivelarono la presenza di un cancro della tiroide. La paziente venne avviata ad un centro oncologico ed è ancora vivente.

**Dott. P. Debertolis**

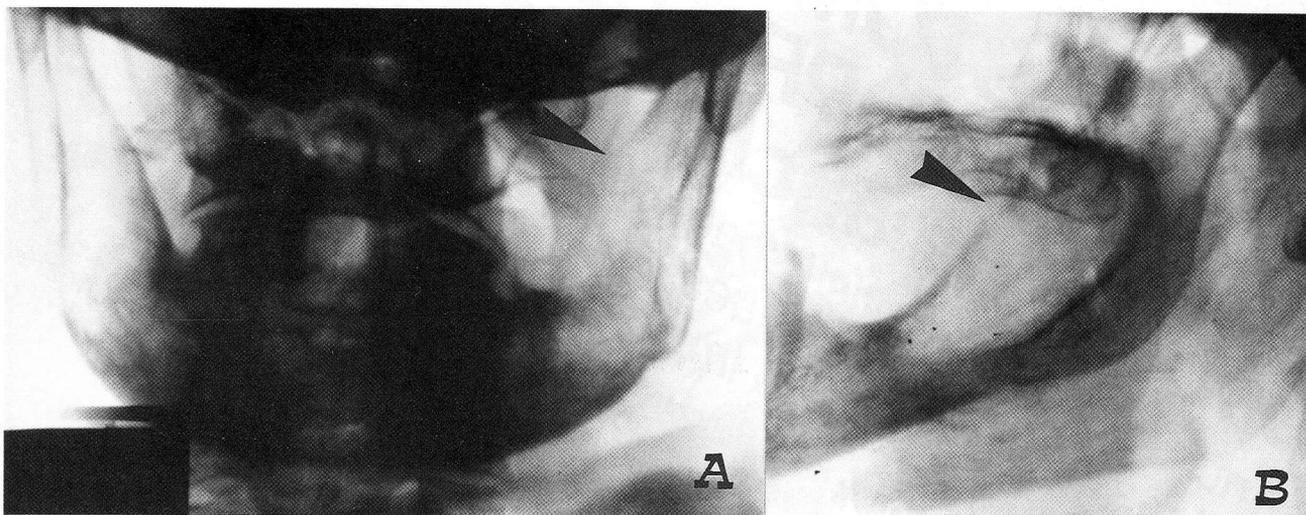


Fig. 3 - Particolari di rx del cranio dello stesso caso in proiezione antero-posteriore (A) e latero-laterale (B).

e la presenza di metastasi orale. In una discreta quota di casi l'estrazione ha provocato la recrudescenza della sintomatologia metastatica. Viene, inoltre, presa in considerazione la possibilità di insemminazione dell'alveolo da parte di cellule tumorali presenti nell'escreato di pazienti portatori di carcinomi polmonari non ancora manifesti.

Il nostro consiglio, nel caso di manifestazione intraorale della metastasi, è l'esecuzione di un esame citologico mirato. Alcuni autori consigliano l'esame istologico, che deve poi essere confrontato con il tumore primitivo. Ma non è questo lo scopo di questo lavoro, che prende in considerazione i casi nei quali il tumore primitivo è misconosciuto.

### Caso clinico

Z.M., donna di 74 anni, con familiarità per neoplasie, circa 6 anni prima era stata ricoverata presso la nostra Clinica, per l'asportazione di un lipoma linguale. Circa tre mesi prima della nostra osservazione notò l'insorgenza di un dolore diffuso ad entrambe le arcate den-

parsa di una cospicua tumefazione all'emimandibola sinistra ed accentuazione del dolore, ora ben localizzato, e comparsa di parestesie.

Accolta presso la nostra Clinica, l'esame obiettivo mise in evidenza una tumefazione di alcuni centimetri di consistenza dura in regione emimandibola sinistra. La cute sovrastante era intatta anche se iperemica. A livello del cavo orale la mucosa sovrastante era indenne. La palpazione della massa, sia intraorale che dall'esterno, era estremamente dolorosa, e coincideva con un rialzo termico della durata di alcune ore. Con adeguata terapia antibiotica la sintomatologia andò parzialmente a remissione con riduzione delle dimensioni della tumefazione. Ma un esame ortopantomorico eseguito al momento

### Bibliografia

- BATSAKIS J.G.: "Invasion of the microcirculation in head and neck cancer", *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* n. 93: 646; 1984.
- BERETTONI B.A., CARTER J.R.: "Mechanisms of cancer metastasis to bone", *J. Bone Joint Surg.* n. X: 308; 1986.
- CARL W.: "Tumor metastases to the oral cavity", *Quint. Int.* n. 2: 11; 1980.
- CRAMER S.F., CARTER J.K. et al.: "The cellular basis of metastatic bone disease in patients with lung cancer", *Cancer* n. 48: 2649; 1981.
- DE MICHELIS B., MODICA R., RE G.: "Trattato di clinica odontostomatologica", Ed. Min. Med., II ed.; Torino, 1986.
- FRATTER G.: "Neoplasie maligne secondarie dei mascellari e dei tessuti molli del cavo orale", *Odontostom. Impl.* n. 7: 64; 1987.
- HOFFER O., SILLA M., VOGEL G., HOFFER E.: "Clinica odontostomatologica", Ed. Scienze e Tecnica Dentistica Int.; Milano, 1981.
- KAUGARS G.E., SVIRSKY J.A.: "Lung malignancies metastatic to the oral cavity", *Oral Surg.* n. 51: 179; 1981.
- LINKOUS C.M., WELCH J.T.: "Metastatic malignant tumors to the jaws", *Oral Surg.* n. 38: 703; 1974.
- ROBERTS S.S., WATNE A.L., MCGREW E.A., MCGRATH R.G., NANDS S.,

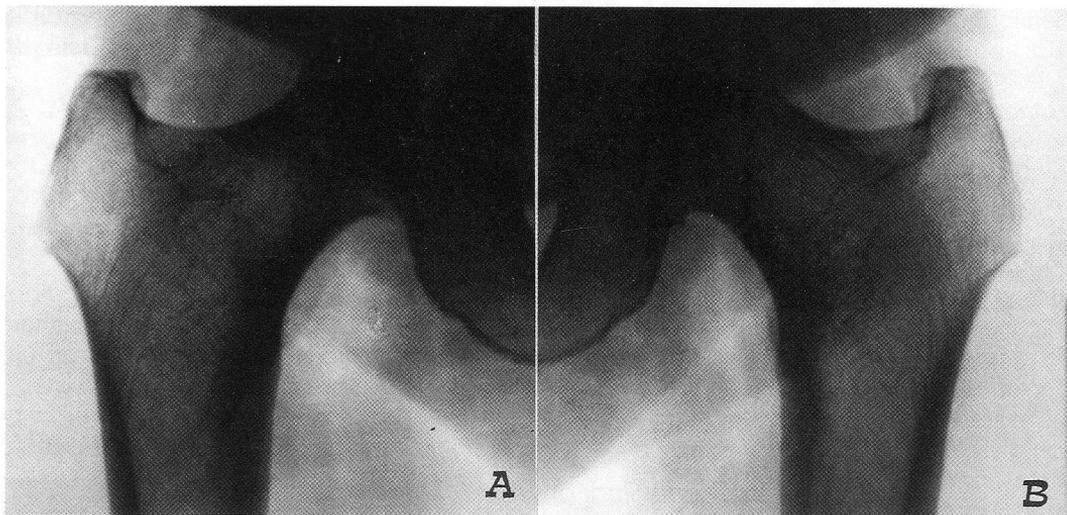


Fig. 4  
Particolari di rx  
del bacino.  
Metastasi da  
carcinoma  
tiroideo al collo  
del femore  
destro (A).

COLE W.H.: "Cancer cells in circulating blood", *Surg. Forum* n. 8: 147; 1958.

SILLA M., CARDANI A.: "L'indagine panoramica dei mascellari in clinica odontostomatologica", *Radiographica* n. 24: 1; 1969.

SILLA M., PIGNANELLI M.: "Diagnosis differenziale delle immagini di radiopacità in radiologia dentaria", *Dental Cadmos* n. 10; 1962.

VAN DER KVAAT W.A.M., VAN DER

WAAL I.: "Jaw metastases", *Oral Surg.* n. 37: 850; 1974.

VAN DONGEN J.A.: "Haematogene metastasen", Ed. Scheltema en Holkema; Amsterdam, 1961.

WILLIS R.A.: "Secondary tumours of bones". In "The spread of tumours in the human body", ed. Butterworth, London; III ed.: 229; 1973.

